

К.И. СЕРГАЦКИЙ, В.И. НИКОЛЬСКИЙ,
В.А. СИЗОВА, В.В. ПЕТРОВА



РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАКА ВЛАГАЛИЩА В ВИДЕ ФЛЕГМОНЫ ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ СМЕЖНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБЛАСТЕЙ

Пензенский государственный университет, г. Пенза,
Российская Федерация

Рак влагалища является достаточно редким новообразованием, среди общего числа опухолей женских гениталий данная патология составляет 1-3%. Частота выявления рака влагалища составляет 1 на 100 тысяч женщин. Пик заболеваемости раком влагалища приходится на 6-ю и 7-ю декады жизни. В возрасте до 50 лет эту опухоль выявляют менее чем у 15% больных, и менее 10% случаев приходится на возраст до 40 лет. Почти 90% всех гистологических типов злокачественных опухолей влагалища приходится на плоскоклеточный рак. Наиболее частые осложнения рака влагалища: кровотечение из опухоли, свищи, изъязвления и сдавление уретры. Представлены два случая осложнения рака влагалища флегмоной параректальной клетчатки и мягких тканей смежных анатомических областей. Флегмона параректальной клетчатки и промежности не криптогенного генеза нередко наблюдается при распаде и абсцедировании злокачественных новообразований прямой кишки. С осложнением первичного рака влагалища в виде флегмоны мягких тканей в клинической практике встретились впервые. В доступной литературе описаний подобных клинических случаев не найдено. В лечении пациентов со злокачественными опухолями влагалища, осложненными флегмоной мягких тканей, был получен удовлетворительный клинический результат.

Ключевые слова: рак влагалища, флегмона мягких тканей, параректальная клетчатка, оперативное лечение, некрэктомия

Vaginal cancer is a relatively rare neoplasm, and this pathology is 1-3% of the total number of female genitalia tumors. The incidence of vaginal cancer is 1 per 100,000 women. The peak incidence of vaginal cancer falls on the 6th and 7th life decade. This tumor is detected in less than 15% of patients before 50 years old, and less than 10% of cases occur before 40 years. Almost 90% of all histological types of malignant vaginal tumors occur in squamous cell carcinoma. The most frequent complications of vaginal cancer are the following: bleeding from the tumor, fistula, ulceration and urethral compression. Two cases of vaginal cancer complications by pararectal and soft tissue phlegmon of adjacent anatomical areas was identified in clinical practice. Phlegmon of pararectal tissue and perineum of non-cryptogenic genesis is often observed in the decay and abscessing of rectum malignant neoplasms. The complication of primary vaginal cancer in the form of soft tissue phlegmon in our clinical practice has been seen for the first time. There are no descriptions of such clinical cases in the available literature. Treatment of patients with vaginal malignant tumors complicated by phlegmon of the soft tissues has shown a satisfactory clinical result.

Keywords: vaginal cancer, soft tissue phlegmon, pararectal tissue, surgical treatment, necrectomy

Novosti Khirurgii. 2018 Sep-Oct; Vol 26 (5): 624-628

The articles published under CC BY NC-ND license

Clinical Observations of Rare Complication of Vaginal Cancer in the Form of Pararectal Cell and Soft Tissue Phlegmon of Adjacent Anatomical Areas

K.I. Sergatskiy, V.I. Nikolskiy, V.A. Sizova, V.V. Petrova



Введение

Одним из наиболее редких новообразований женских половых органов является рак влагалища. Среди общего числа опухолей женских гениталий данная патология составляет от 1 до 3%. Частота выявления рака влагалища составляет 1 на 100 тысяч женщин [1]. Пик заболеваемости раком влагалища приходится на 6-ю и 7-ю декады жизни [2]. В возрасте до 50 лет эту опухоль выявляют менее чем у 15% пациентов, и менее 10% случаев приходится на возраст до 40 лет [3]. Почти 90% всех гистологических типов злокачественных опухолей

влагалища приходится на плоскоклеточный рак [4]. В некоторых исследованиях было показано, что степень дифференцировки является независимым значимым прогностическим фактором выживаемости [5]. Наиболее часто встречающимися осложнениями рака влагалища являются кровотечения из опухоли, свищи, изъязвления и сдавление уретры.

Представляем клинические случаи редкого осложнения рака влагалища.

Клиническое наблюдение 1

Пациентка, 77 лет, была доставлена бри-

гадой скорой медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» 18.11.16 с жалобами на боль в заднем проходе, гипертермию до гектических цифр, наличие отека в области ануса и на внутренней поверхности левого бедра.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает раком влагиалища около 1,5 года. От предлагаемого хирургического лечения воздерживалась, рекомендации онколога не соблюдала. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 7 дней, когда появились вышеописанные жалобы.

При осмотре было выявлено следующее: анальная воронка умеренно втянута, слева от заднего прохода массивный отек мягких тканей и опухолевидное образование 15×8 см, идущее к паховой складке справа и слева и распространяющееся на левую нижнюю конечность по медиальной поверхности бедра до подколенной ямки. Местами кожа в зоне медиальной поверхности бедра с очагами влажного некроза и незначительным серозно-гнойным отделяемым с неприятным запахом. Тонус сфинктера повышен. Большие половые губы увеличены в размерах, каменистой плотности, с разрастанием мягких тканей по типу «цветной капусты», без четких контуров, больше справа.

В общем анализе крови был зафиксирован лейкоцитоз ($18,4 \times 10^9/\text{л}$), резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

В экстренном порядке под общей анестезией выполнено вскрытие гнилостно-некротической флегмоны мягких тканей промежности, параректальной клетчатки и паховой области слева, левого бедра до подколенной ямки. После выполнения операционного доступа проведена некрэктомия, санация раны, биопсия опухоли влагиалища.

При гистологическом исследовании операционного биоптата: умеренно-дифференцированная плоскоклеточная карцинома с кератинизацией.

Основной клинический диагноз: Рак влагиалища. cT2NxM0G2. St. 2. Осложнения: Распад и абсцедирование опухоли. Гнилостно-некротическая флегмона промежности, параректальной клетчатки, паховой области слева, медиальной поверхности левого бедра.

Консервативное лечение в послеоперационном периоде включало антибактериальную, дезинтоксикационную, обезболивающую терапию, ежедневные перевязки, периодически включающие локальные некрэктомии.

Локальный статус во время одной из перевязок представлен на рис. 1.

После очищения раны 01.12.2016 выполне-

но наложение первично-отсроченных кожных швов.

Снятие швов проведено 09.12.16. В тот же день пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями лечения и наблюдения у онкогинеколога в Областном онкологическом диспансере, а также продолжения лечения у хирурга по месту жительства.

Клиническое наблюдение 2

Пациентка, 63 года, была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» 30.09.17 с жалобами на наличие плотного болезненного образования в области заднего прохода, тянущие боли в данной зоне, гипертермию.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает раком влагиалища с 2011 года, перенесла вульвэктомию 15.12.11. В 2016 году зарегистрирован рецидив заболевания. Пациентка проходила комбинированное лечение в Областном онкологическом диспансере в этом же году (иссечение рецидивной опухоли влагиалища, 3 курса химио- и лучевой терапии). Ухудшение состояния произошло в течение 2 недель: обнаружила уплотнение в области ануса, появились боли в данной зоне, периодическое повышение температуры тела до 37,8 °С.

При осмотре было выявлено: тонус сфинктера повышен, отмечается распространение онкопроцесса из области наружных половых органов на переднюю стенку нижне-ампулярного отдела прямой кишки («плюс ткань»). Справа от ануса болезненный инфильтрат до 4 см в диаметре, кожа над ним гиперемирована.

В экстренном порядке 30.09.17 под внутривенной анестезией выполнено вскрытие флегмоны параректальной клетчатки, некрэктомия, биопсия опухоли передней стенки прямой кишки.

03.10.17 выполнено программированное санационное вмешательство: повторная некрэктомия параректальной клетчатки, санация послеоперационной раны.

Результат гистологического исследования: высокодифференцированная плоскоклеточная карцинома с гнойным воспалением в строме.

Основной клинический диагноз: Рак влагиалища. pT1N0M0G1. St. 1. Оперативное лечение в 2011 г. Редидив I в 2016 г. Комбинированное лечение в 2016 г. Рецидив II в 2017 г. Осложнения: Распад и абсцедирование рецидивной опухоли влагиалища. Гнилостно-некротическая флегмона промежности, параректальной клетчатки. Инвазия рецидивной опухоли влагиалища в прямую кишку.



Рис. 1. Пациентка, 77 лет. Вид послеоперационной раны во время одной из перевязок.

Консервативное лечение в послеоперационном периоде включало антибактериальную, дезинтоксикационную, обезболивающую терапию, ежедневные перевязки.

Локальный статус во время одной из перевязок представлен на рисунке 2.

После очищения раны 09.10.17 пациентка была выписана для дальнейшего лечения у хирурга по месту жительства с рекомендациями лечения и наблюдения у онколога в Областном онкологическом диспансере.

Обсуждение

Флегмона параректальной клетчатки и промежности не криптогенного генеза нередко наблюдается при распаде и абсцедировании злокачественных новообразований прямой кишки [6, 7, 8].

С осложнением первичного рака влагалища в виде флегмоны параректальной клетчатки, промежности и мягких тканей смежных анатомических областей в клинической практике встретились впервые. В доступной литературе описаний подобных клинических случаев не найдено.

Хирургическая тактика при лечении описанного редкого осложнения рака влагалища заключалась в хирургической санации флегмоны параректальной клетчатки и мягких тканей смежных анатомических областей. Таким образом, принципы лечения гнойных ран были соблюдены.

В лечении описанных осложнений рака влагалища в дополнение к хирургическим санациям применена консервативная терапия, которая включала в себя антибактериальную, дезинтоксикационную, обезболивающую терапию и ежедневные перевязки.

Хирургическое удаление злокачественной опухоли влагалища (без ранее выполненной операции в первом клиническом случае и при рецидиве онкологического заболевания во втором наблюдении) не являлось целью на данном



Рис. 2. Пациентка, 63 года. Вид послеоперационной раны во время одной из перевязок.

этапе лечения. Однако при лечении пациенток в обоих описанных случаях, несмотря на то, что злокачественное новообразование влагалища не было удалено, сочетание хирургических санаций с проведенной консервативной терапией позволило достичь удовлетворительного клинического результата в виде купирования гнойно-воспалительного процесса параректальной клетчатки и мягких тканей смежных анатомических зон. После успешного купирования гнойно-воспалительных осложнений рака влагалища, пациентки направлены в Областной онкологический диспансер для дальнейшего лечения и наблюдения в специализированном лечебном учреждении.

Заключение

При лечении пациентов со злокачественными опухолями влагалища, осложненными гнилостно-некротической флегмоной промежности, параректальной клетчатки и смежных анатомических зон, был получен удовлетворительный клинический результат. Несмотря на то, что злокачественная опухоль влагалища (без ранее выполненной операции в первом клиническом наблюдении и в случае рецидива онкологического заболевания во втором клиническом наблюдении) не была удалена, гнойно-воспалительный процесс параректальной клетчатки, промежности и мягких тканей смежных анатомических областей удалось купировать.

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что конфликт интересов отсутствует.

Согласие

От пациентов было получено согласие на публикацию материалов об их заболеваниях с научной и образовательной целью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грицай АА, Коржевская ЕВ, Кравец ОА, Кузнецов ВВ, Хохлова СВ. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных раком влагалища. Москва, РФ; 2014. 11 с. <http://www.oncology.ru/association/clinical-guidelines/2014/05.pdf>
2. Бохман ЯВ. Руководство по онкогинекологии. Ленинград, СССР: Медицина; 1989. 464 с. <http://med-books.by/onkologiya/3463-rukovodstvo-po-onkoginekologii-bohman-yav-1989-god-464-s.html>
3. Воробьева ЛИ, Неспрядько СВ, Гончарук ИВ, Бакай ОА, Ганич АВ. Рак влагалища: современное состояние. *Клин Онкология*. 2014;1(13):46-50. http://nbuv.gov.ua/UJRN/klinonk_2014_1_12
3. Давыдов МИ, Кузнецов ВВ. Лекции по онкогинекологии. Москва, РФ: МЕДпрессинформ. 2009. 432 с. http://www.03book.ru/upload/iblock/1ac/331_Lekcii_po_onkoginekologiiibKuznecovq.pdf
5. Кулаков ВИ, Селезнева НД, Белоглазова СЕ. Руководство по оперативной гинекологии. Москва, РФ: Мединформ Агентство; 2006. 639 с. <https://www.ozon.ru/context/detail/id/3712527/>
6. Abe K, Kameyama H, Shimada Y, Yamada S, Soma D, Yagi R, Miura K, Tatsuda K, Tajima Y, Okamura T, Nakano M, Nakano M, Kobayashi T, Kosugi S, Wakai T. A case of rectal carcinoma with recurrence around the drainage site complicated by Fournier's gangrene. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2015 Nov;42(12):2291-93. <http://europepmc.org/abstract/med/26805341> [Article in Japanese]
7. Hamidian Jahromi A, DuBose A, Skweres J, Johnson L, Cole P. Oncologic management dilemma of locally advanced occult rectal cancer presenting as Fournier's gangrene. *Am Surg*. 2015 Apr;81(4):E184-87. <https://www.highbeam.com/doc/1P3-3658065281.html>
8. Koyama M, Kitazawa M, Ehara T, Yamamoto Y, Suzuki A, Miyagawa Y, Miyagawa S. Two cases of Fournier's gangrene that occurred during chemotherapy for rectal cancer. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2017 Feb;44(2):169-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28223677> [Article in Japanese]

Адрес для корреспонденции

440026, Российская Федерация,
г. Пенза, ул. Красная, 40,
Пензенский государственный университет,
Медицинский институт,
кафедра «Хирургия»,
тел. моб.: 8 902 354-04-68,
e-mail: sergatsky@bk.ru,
Сергацкий Константин Игоревич

Сведения об авторах

Сергацкий Константин Игоревич, к.м.н., доцент кафедры «Хирургия», медицинский институт, Пензенский государственный университет, г. Пенза, Российская Федерация.
<https://orcid.org/0000-0002-3334-8244>
Никольский Валерий Исаакович, д.м.н., профессор, профессор кафедры «Хирургия», медицинский институт, Пензенский государственный университет, г. Пенза, Российская Федерация.
<https://orcid.org/0000-0002-2551-8848>
Сизова Василиса Александровна, студентка 5 курса,

REFERENCES

1. Gritsai AA, Korzhevskaya EV, Kravets OA, Kuznetsov VV, Khokhlova SV. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniu bol'nykh rakom vlagalishcha. Moscow, RF; 2014. 11 p. <http://www.oncology.ru/association/clinical-guidelines/2014/05.pdf> (in Russ.)
2. Bokhman IaV. Rukovodstvo po onkoginekologii. Leningrad, SSSR: Meditsina; 1989. 464 p. <http://med-books.by/onkologiya/3463-rukovodstvo-po-onkoginekologii-bohman-yav-1989-god-464-s.html> (in Russ.)
3. Vorob'eva LI, Nespriado'koSV, GoncharukIV, Bakai OA, Ganich AV. Rak vlagalishcha: sovremennoe sostoianie. *Klin Onkologiya*. 2014;1(13):46-50. http://nbuv.gov.ua/UJRN/klinonk_2014_1_12. (in Russ.)
4. Davydov MI, Kuznetsov VV. Lektsii po onkoginekologii. Moscow, RF: MEDpressinform. 2009. 432 p. http://www.03book.ru/upload/iblock/1ac/331_Lekcii_po_onkoginekologiiibKuznecovq.pdf (in Russ.)
5. Kulakov VI, Selezneva ND, Beloglazova SE. Rukovodstvo po operativnoi ginekologii. Moscow, RF: Medinform Agentstvo; 2006. 639 p. <https://www.ozon.ru/context/detail/id/3712527/> (in Russ.)
6. Abe K, Kameyama H, Shimada Y, Yamada S, Soma D, Yagi R, Miura K, Tatsuda K, Tajima Y, Okamura T, Nakano M, Nakano M, Kobayashi T, Kosugi S, Wakai T. A case of rectal carcinoma with recurrence around the drainage site complicated by Fournier's gangrene. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2015 Nov;42(12):2291-93. <http://europepmc.org/abstract/med/26805341> [Article in Japanese]
7. Hamidian Jahromi A, DuBose A, Skweres J, Johnson L, Cole P. Oncologic management dilemma of locally advanced occult rectal cancer presenting as Fournier's gangrene. *Am Surg*. 2015 Apr;81(4):E184-87. <https://www.highbeam.com/doc/1P3-3658065281.html>
8. Koyama M, Kitazawa M, Ehara T, Yamamoto Y, Suzuki A, Miyagawa Y, Miyagawa S. Two cases of Fournier's gangrene that occurred during chemotherapy for rectal cancer. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2017 Feb;44(2):169-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28223677> [Article in Japanese]

Address for correspondence

440026, Russian Federation,
Penza, Krasnaya Str., 40,
Penza State University,
Department of Surgery,
Tel. mobile: 8 902 354-04-68,
e-mail: sergatsky@bk.ru,
Konstantin I. Sergatskiy

Information about the authors

Sergatskiy Konstantin I., PhD, Associate Professor of the Department of Surgery, medical university, Penza State University, Penza, Russian Federation.
<https://orcid.org/0000-0002-3334-8244>
Nikolsky Valery I., MD, Professor of the Department of Surgery, medical university, Penza State University, Penza, Russian Federation.
<https://orcid.org/0000-0002-2551-8848>
Sizova Vasilisa A., 5-Year Student, medical university, Penza State University, Penza, Russian Federation.
<https://orcid.org/0000-0002-6539-0500>

медицинский институт, Пензенский государственный университет г. Пенза, Российская Федерация.
<https://orcid.org/0000-0002-6539-0500>

Петрова Виктория Вячеславовна, студентка 5 курса, медицинский институт, Пензенский государственный университет г. Пенза, Российская Федерация.
<https://orcid.org/0000-0002-1672-4922>

Petrova Victoriya V., 5-Year Student, medical university, Penza State University, Penza, Russian Federation.
<https://orcid.org/0000-0002-1672-4922>

Информация о статье

Поступила 20 декабря 2017 г.

Принята в печать 16 июля 2018 г.

Доступна на сайте 31 октября 2018 г.

Article history

Arrived 20 December 2017

Accepted for publication 16 July 2018

Available online 31 October 2018